



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
YÊU CẦU VỀ VIỆC XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG
HỢP LỆ HƯỚNG DỊCH VỤ DDD
REQUEST FOR DDD ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication
DDD NUMBER:

Chi Tiết Về Người Đứng Đơn

HỌ	TÊN	TÊN LÓT/VIẾT TẮT	NGÀY SANH	SỐ AN SINH XÃ HỘI										
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH										
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC Ở TRÊN)	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	HẠT										
SỐ ĐIỆN THOẠI Ở NHÀ (bao gồm Số Vùng)	SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC (bao gồm Số Vùng) <input type="checkbox"/> Sở làm <input type="checkbox"/> Số cell <input type="checkbox"/> Máy nhắn			PHÁI <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ										
TÌNH TRẠNG GIA CẢNH CỦA NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ly Thân</td> <td><input type="checkbox"/> HỌC VẤN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ly Dị</td> <td><input type="checkbox"/> Dưới lớp 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Có Gia Đình</td> <td><input type="checkbox"/> Lớp 9 – 11</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chưa Bao Giờ Lập Gia Đình</td> <td><input type="checkbox"/> Trung Học</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trường Kỹ Thuật hoặc Thương Mại</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Ly Thân	<input type="checkbox"/> HỌC VẤN	<input type="checkbox"/> Ly Dị	<input type="checkbox"/> Dưới lớp 8	<input type="checkbox"/> Có Gia Đình	<input type="checkbox"/> Lớp 9 – 11	<input type="checkbox"/> Chưa Bao Giờ Lập Gia Đình	<input type="checkbox"/> Trung Học		<input type="checkbox"/> Trường Kỹ Thuật hoặc Thương Mại
<input type="checkbox"/> Ly Thân	<input type="checkbox"/> HỌC VẤN													
<input type="checkbox"/> Ly Dị	<input type="checkbox"/> Dưới lớp 8													
<input type="checkbox"/> Có Gia Đình	<input type="checkbox"/> Lớp 9 – 11													
<input type="checkbox"/> Chưa Bao Giờ Lập Gia Đình	<input type="checkbox"/> Trung Học													
	<input type="checkbox"/> Trường Kỹ Thuật hoặc Thương Mại													
Người đứng đơn có ai đại diện không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, xin cho biết tên của người này:														

TÌNH TRẠNG CHỖ Ở THƯỜNG LỆ CỦA NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN

<input type="checkbox"/> Ở Nhà Tập Thể Người Lớn	<input type="checkbox"/> Cơ sở Điều Dưỡng	<input type="checkbox"/> Nhà Riêng (ở chung với người khác)
<input type="checkbox"/> Nhà Bảo Dưỡng Cho Trẻ Em	<input type="checkbox"/> Nơi Khác	<input type="checkbox"/> Nhà Cha Mẹ
<input type="checkbox"/> Nhà Tập Thể	<input type="checkbox"/> Nhà Riêng (ở một mình): <input type="checkbox"/> Làm Chủ <input type="checkbox"/> Mướn	<input type="checkbox"/> Nhà Thân Nhân
<input type="checkbox"/> Vô Gia Cư	<input type="checkbox"/> Nhà Dành Cho Người Cố Lợi Tức Thấp	<input type="checkbox"/> Viện chăm sóc của tiểu bang, viện tâm thần
<input type="checkbox"/> Trại Cải Huấn	<input type="checkbox"/> Nhà Riêng (ở chung với người phối ngẫu/bạn tình)	<input type="checkbox"/> Không Rõ
<input type="checkbox"/> Nơi Cư Trú Do Nhân Viên Có Giấy Phép	<input type="checkbox"/> Nhà Riêng (có con phụ thuộc)	

Người Liên Lạc

TÊN		QUAN HỆ
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ		THÀNH PHỐ TIỂU BANG SỐ BƯU CHÍNH
SỐ ĐIỆN THOẠI Ở NHÀ (bao gồm Số Vùng)	SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC (bao gồm Số Vùng) <input type="checkbox"/> Sở làm <input type="checkbox"/> Số cell <input type="checkbox"/> Máy nhắn	ĐỊA CHỈ E-MAIL
LIÊN LẠC BẰNG THƯ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	LOẠI QUAN HỆ/VAI TRÒ	QUAN HỆ PHÁP LÝ
SỐNG CHUNG VỚI NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

CHO BIẾT VỀ TÌNH TRẠNG BỆNH VÀ PHÁT GIÁC RA BỆNH Ở ĐỘ TUỔI NÀO.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LỚN ĐÚNG ĐƠN	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ	QUAN HỆ PHÁP LÝ
	NGÀY

LỜI TÚC RIÊNG CỦA NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN: **ĐÁNH DẤU VÀO TẤT CẢ NHỮNG Ô THÍCH HỢP**

<input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/> Cơ Quan Cựu Chiến Binh	<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Dân Sự
<input type="checkbox"/> Phụ Cấp An Sinh Xã Hội (SSI)	<input type="checkbox"/> Bộ Nội Vụ Da Đỏ (BIA)	<input type="checkbox"/> Không Có
<input type="checkbox"/> Trợ Cấp Tổng Quát-Không Đì Làm Được (GA-U)	<input type="checkbox"/> Hữu Trí Hỏa Xa	<input type="checkbox"/> Khoản Thu Nhập Khác (xin ghi rõ bên dưới):
<input type="checkbox"/> Phụ Cấp của Tiểu Bang	<input type="checkbox"/> Tín Quý	
<input type="checkbox"/> Trợ Cấp Tạm Cho Gia Đình Túng Thiếu (TANF)	<input type="checkbox"/> Tiền Đì Làm	

Người Đứng Đơn có bất cứ loại Bảo Hiểm Y Tế nào không? Có Không
Nếu có, xin cho biết.

Medicare? Có Không Nếu có

SỐ MEDICARE

LOẠI

CHỦNG TỘC (ĐÁNH DẤU VÀO Ô THÍCH HỢP DƯỚI ĐÂY)

<input type="checkbox"/> Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Trung Hoa	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/Người Đào Thái	B. Người đứng đơn có phải là người gốc Y Pha Nho không?
	<input type="checkbox"/> Người Phi Luật Tân		<input type="checkbox"/> Không
Người Mỹ hoặc Thổ Dân	<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Người Hawaii	<input type="checkbox"/> Không
Alaska	<input type="checkbox"/> Người Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Người Samoan	<input type="checkbox"/> Không Cho Biết
<input type="checkbox"/> Người Eskimo	<input type="checkbox"/> Người Lào	<input type="checkbox"/> Người Đảo Guam	<input type="checkbox"/> Phải (Nếu phải, xin cho biết)
<input type="checkbox"/> Người Aleut	<input type="checkbox"/> Người Thái	<input type="checkbox"/> Người Á Châu Khác/Người Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Cuba
<input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ	<input type="checkbox"/> Người Việt	<input type="checkbox"/> Chủng Tộc khác	<input type="checkbox"/> Người Mẽ/Mỹ Gốc Mẽ/Người Chicano
Á Châu	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Phi Châu	<input type="checkbox"/> Không Cho Biết	<input type="checkbox"/> Người Puerto Rican
<input type="checkbox"/> Người Án Độ			<input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha/Gốc Y Pha Nho khác
<input type="checkbox"/> Người Cam Bốt			

NGÔN NGỮ CHÍNH	NÓI ĐƯỢC TIẾNG ANH <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Rõ	HIỂU ĐƯỢC TIẾNG ANH <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Rõ	CẨN THÔNG DỊCH <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	CẨN PHIÊN DỊCH <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
----------------	--	---	--	--

A	TÊN CỦA NGƯỜI THÂN QUAN TRỌNG CHÍNH YẾU KHÁC		ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
	SỐ ĐIỆN THOẠI	LIÊN LẠC BẰNG THU <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	LOẠI QUAN HỆ/VAI TRÒ	LOẠI QUAN HỆ PHÁP LÝ/VAI TRÒ	SỐNG CHUNG VỚI NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
B	TÊN CỦA NGƯỜI THÂN QUAN TRỌNG KHÁC		ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
	SỐ ĐIỆN THOẠI	LIÊN LẠC BẰNG THU <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	LOẠI QUAN HỆ/VAI TRÒ	LOẠI QUAN HỆ PHÁP LÝ/VAI TRÒ	SỐNG CHUNG VỚI NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
C	TÊN CỦA NGƯỜI THÂN QUAN TRỌNG KHÁC		ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
	SỐ ĐIỆN THOẠI	LIÊN LẠC BẰNG THU <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	LOẠI QUAN HỆ/VAI TRÒ	LOẠI QUAN HỆ PHÁP LÝ/VAI TRÒ	SỐNG CHUNG VỚI NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

DÀNH CHO NGƯỜI DƯỚI 22 TUỔI

TÊN TRƯỜNG HỌC/CHƯƠNG TRÌNH BAN NGÀY	NGÀY BẮT ĐẦU
--------------------------------------	--------------

ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	SỐ ĐIỆN THOẠI
---------	-----------	-----------	--------------	---------------

TÊN KHU HỌC CHÁNH

CHÚ THÍCH

HƯỚNG DẪN CÁCH ĐIỀN ĐƠN YÊU CẦU VỀ VIỆC XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG HỢP LỆ HƯỚNG DỊCH VỤ DDD

Chi Tiết Về Người Đứng Đơn

Người Đứng Đơn là người Hợp Lê đang xin hướng dịch vụ DDD. Xin điền đầy đủ vào phần này. Nếu Người Đứng Đơn không có số điện thoại, xin viết *không*.

Người Liên Lạc

Người Liên Lạc là người có thể liên lạc với Người Đứng Đơn hoặc cung cấp cho chúng tôi những chi tiết cần liên lạc, nếu chúng tôi không thể liên lạc với Người Đứng Đơn. Nếu không có đại diện pháp lý, xin viết tên của một người khác hoặc luật sư là người có thể giúp nếu Người Đứng Đơn đòi hỏi cho mục đích xin Dịch Vụ Bổ Sung Cần Thiết (NSA) trừ khi Người Đứng Đơn viết thư yêu cầu không cho gởi thông báo đến cho bất cứ một ai khác. (WAC 388-825-100)

Người Đại Diện Pháp Lý

Người Đại Diện Pháp Lý có nghĩa là: Cha mẹ của đứa trẻ dưới mười tám tuổi; giám hộ hợp pháp của người này; giám hộ giới hạn của người này khi người giám hộ giới hạn có quyền trên những quyết định về chăm sóc sức khỏe; luật sư của người này; thừa hành luật sư của người này (một người nào đó được thừa hành quyền luật sư là người được cho phép quyết định trong việc chăm sóc sức khỏe); hoặc bất cứ ai khác được luật cho phép là người được hành xử thay cho người này. Nếu Người Đứng Đơn không có đại diện pháp lý, xin để trống phần này hoặc viết vào chữ ***Không áp dụng (N/A)***.

Tình Trạng Chỗ Ở Thường Lê Của Người Đứng Đơn

Xin đánh dấu vào ô thích hợp để cho biết nơi người đứng đơn đang cư ngụ.

Cho biết về tình trạng bệnh và phát giác ra bệnh ở độ tuổi nào.

Trả lời cho câu hỏi này sẽ giúp chúng tôi biết được người đứng đơn thuộc loại khuyết tật nào. Nếu quý vị cần thêm chỗ để viết, xin dùng mặt sau hoặc viết vào tờ giấy khác.

Người Đứng Đơn và/hoặc Người Đại Diện Pháp Lý Ký Tên

Nếu Người Đứng Đơn dưới 18 tuổi, thì cha mẹ hoặc người đại diện pháp lý phải ký tên và ghi ngày vào đơn. Nếu Người Đứng Đơn trên 18 tuổi, thì Người Đứng Đơn hoặc người đại diện pháp lý phải ký tên và ghi ngày tháng vào đơn.

Lợi Tức Của Người Đứng Đơn

Xin đánh dấu tất cả những ô thích hợp với Người Đứng Đơn.

Bảo Hiểm Y Tế

Người Đứng Đơn có loại bảo hiểm y tế nào (bất cứ loại nào) nếu có? Xin viết vào loại bảo hiểm đó. Nếu Người Đứng Đơn không có bảo hiểm y tế, xin viết *Không Có*. Xin viết vào số và loại bảo hiểm Medicare nếu Người Đứng Đơn có Medicare.

Chủng Tộc của Người Đứng Đơn và phần khai về người Tây Ban Nha tiếp theo sau đó

Chỉ đánh dấu vào một ô trong mỗi phần mà thôi.

Ngôn Ngữ

Xin viết ngôn ngữ chính của Người Đứng Đơn, kể cả Ra Dấu Bằng Tay (ASL) hoặc loại ngôn ngữ ra dấu nào khác, Braille, hoặc nếu Người Đứng Đơn dùng TDD hoặc loại dụng cụ khác để liên lạc. Nếu Người Đứng Đơn cần thông dịch viên, xin đánh dấu vào ô *CÓ*.

Người Thân Quan Trọng Khác

Người Thân Quan Trọng Khác là những người có liên quan đến đời sống của Người Đứng Đơn và là những người quan trọng hoặc có thể có trách nhiệm đến phúc lợi của Người Đứng Đơn. Thí dụ như Cha Mẹ Ruột hoặc Cha Mẹ Nuôi, Ông Bà, Cô Dì, Chú Cậu, Cán Sự Xã Hội của Nha Phụ Trách Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình (cho trẻ em), bạn bè, luật sư, và Giám Hộ Hợp Pháp. Nếu quý vị không rõ cách ghi trong phần pháp lý, quý vị có thể viết **Không biết**. Trong trường hợp là Giám Hộ, chúng tôi sẽ yêu cầu bản sao lệnh tòa về tư cách Giám Hộ. Nếu Người Đứng Đơn là con nuôi, chúng tôi sẽ yêu cầu những giấy tờ hợp pháp về xin con nuôi.

Đi Học/Chương Trình Ban Ngày

Bất cứ chương trình nào mà Người Đứng Đơn tham dự đều đặn mỗi ngày, chẳng hạn như chương trình Trợ Giúp Trẻ Chậm Phát Triển, đi học, hoặc chương trình khác. Nếu Người Đứng Đơn không tham gia bất cứ chương trình nào bên ngoài đều đặn, xin viết *Không áp dụng (N/A)*.

Chú Thích Thêm

Quý vị có thể để trống phần này, hoặc viết vắn tắt những chú thích mà quý vị nghĩ rằng có thể giúp trong việc xác định Tình Trạng Hợp Lệ.

Danh Sách Về Những Giấy Tờ Cần Phải Kèm Theo

- Đơn có chữ ký và điền đầy đủ vào tất cả mọi phần.
- Bản sao thẩm định về y khoa, hoặc tâm lý cho thấy là Người Đứng Đơn bị khuyết tật.
- Bản *Đồng Ý Cho Trao Đổi Các Tin Tức* có chữ ký – nhớ viết địa chỉ và số điện thoại của tất cả những nơi chăm sóc sức khỏe.
- Bản sao bằng chứng Cư Trú tại Tiểu Bang Washington của Người Đứng Đơn (hóa đơn điện nước, thẻ ghi danh đi bầu, v.v.) Nếu Người Đứng Đơn là trẻ em, cần kèm theo bằng chứng cư trú của cha mẹ nuôi dưỡng đứa trẻ.
- Bản HIPAA có chữ ký (*Thông Báo về Quyền Giữ Kín*).
- Bản sao thẻ An Sinh Xã Hội hoặc giấy tờ xin SSN, nếu giấy nào hiện có.
- Bản sao Lệnh Tòa về việc Nuôi Dưỡng Con (nếu có).
- Bản sao giấy Giám Hộ (nếu có).
- Bản sao giấy Khai Sanh hoặc giấy Xin Con Nuôi Hợp Pháp.

Đơn này không thể chấp nhận nếu không có tất cả những giấy tờ nêu trên đính kèm. Nếu quý vị có thắc mắc, xin gọi cho văn phòng DDD tại địa phương của quý vị.

Đây là những số điện thoại miễn phí:

Vùng 1	Spokane	1-800-462-0624	Vùng 4	Seattle	1-800-314-3296
Vùng 2	Yakima	1-800-822-7840	Vùng 5	Tacoma	1-800-248-0949
Vùng 3	Everett	1-800-788-2053	Vùng 6	Bremerton	1-800-735-6740
	Bellingham	1-800-239-8285		Tumwater	1-800-339-8227
				Vancouver	1-888-877-3490